

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の					
	氏名・印			自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 - )				
電話番号	TEL					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	年	月	日		
	療養予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月
	療養する方は、長期入院されましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		「はい」と答えた場合、次ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。				
<small>※長期入院とは申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されている事です。ただし、市区町村民税が課されていない期間での入院期間に限ります。</small>								

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒 - )				
	電話番号	TEL				
	宛名					

申請者代行欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名・印			被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため	
	電話番号	TEL	( )	申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

常務理事	理事長		

受付日付印

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間									
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで									日間
	入院した保険医療機関等	名 称									
		所在地									
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで									日間
	入院した保険医療機関等	名 称									
	所在地										
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで									日間	
入院した保険医療機関等	名 称										
	所在地										
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで									日間	
入院した保険医療機関等	名 称										
	所在地										
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで									日間	
入院した保険医療機関等	名 称										
	所在地										